

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Nymburk,
Soudní 20

Žádost o přerušení studia

Jméno a příjmení studenta: _____

Datum narození: _____

Bydliště
studenta: _____

Žádám o přerušení studia

ke dni _____

Obor vzdělání: _____

Ročník: _____

Důvod: _____

V _____ dne _____

Podpis: _____